Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1908

PARA SER DEFENDIDA

POR

Boaventura de Almeida Dias

NATURAL DA BAHIA

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Breves considerações sobre a occlusão intestinal

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do Curso de Sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA

OFFICINAS DA EMPREZA «A BAHIA»

27—Praça Castro Alves—27

1908

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Vice-Director—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
1.ª SECÇÃO	
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
2.ª	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bactereologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
3.ª	
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
4.ª	
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
5.ª	
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
6.ª	
Aurelio R Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica Propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2.ª cadeira
7.ª	
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia Arte de Formular
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
8.ª	
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
9.ª	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
10.ª	
Francisco dosSantos Pereira	Clinica ophtalmologica.
11.ª	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
12.ª	
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

Nome	Secção	Nome	Secção
José Affonso de Carvalho	1.ª	Pedro da Luz Carrascosa e	
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª	J. J. de Calasans	7.ª
Julio Sergio Palma	2.ª	J. Adeodato de Souza	8.ª
Pedro Luiz Celestino	3.ª	Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª
Oscar Freire de Carvalho	4.ª	Clodoaldo de Andrade	10.
Antonino B. dos Anjos	5.ª	Albino Leitão	11.
João Americo Garcez Froes	6.ª	Mario Leal	12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

OCCLUSÃO INTESTINAL

Definição—Etiologia

I

Dá-se o nome de occlusão intestinal ao resultado de uma disposição material de um obstaculo mechanico qualquer, que se oppõe ao livre curso das materias intestinaes.

As causas productoras da occlusão intestinal são numerosas e variadas.

Para apreciar o seu papel e importancia faz-se mistér, classifical-a em uma ordem clara e methodica.

Debaixo do ponto de vista etiologico as occlusões intestinaes fôram divididas por Maisonneuve, em:

1.° occlusões por compressão ou por causas extrinsecas;

2.° occlusões por obturação ou por causas cavitarias;

3.° occlusões por estreitamento ou por causas parietaes.

Peyrot divide-as em 4 grupos:

1.° occlusões por vicios de posição do intestino:

2.° por compressão do intestino;

3.° por obturação do intestino;

4.° por estreitamento do intestino.

Cahier, estabeleceu tres grupos: occlusões mechanicas, dynamicas e mechano-dynamicas.

Das tres classificações abraçamos esta ultima.

Cahier considera occlusão mechanica aquella em que existe um obstaculo material; são as occlusões verdadeiras, contra as quaes se torna quasi sempre impotente, a medicação interna.

As occlusões dynamicas, para elle são as falsas occlusões, sem lesão material, e devidas a uma perturbação da innervação do intestino; e são estas que os medicos podem curar.

Nas occlusões mechano-dynamicas ha grande obstaculo material, que, embora só para obliterar o intestino, provoca, entretanto, por sua presença, phenomenos dynamicos determinando a parada completa.

Emquanto os dois primeiros grupos são absolutamente racionaes, o terceiro è, ao contrario, facticio e inutil para conservar.

E' justo, com effeito, conservar duas grandes classes de occlusões: as occlusões verdadeiras ou mechanicas na origem das quaes existe uma causa material, apreciavel, reconhecivel na abertura do ventre no vivo ou no morto; e as occlusões falsas ou dynamicas, nas quaes, com ou sem parada do conteùdo intestinal, se manifestam os symptomas de uma affecção *sine materia*.

Ficam então divididas em dois grandes grupos fun-

damentaes: occlusões verdadeiras ou mechanicas e occlusões falsas ou dynamicas.

Cada um desses dois grupos comprehende numerosas variedades, que vamos passar em revista, e expôr tão nitidamente quanto possivel o processo pathogenico, para tirarmos alguns dados therapeuticos.

Occlusões verdadeiras ou mechanicas

A causa material que caracterisa as occlusões verdadeiras pode localisar-se: 1.° para fóra das paredes intestinaes; 2.° nas proprias paredes; 3.° no interior do intestino.

A causa extra-intestinal pode ser constituida: 1.° por um orificio normal ou accidental, no qual uma alça se intromette e se estrangula como nas hernias; 2.° por uma brida mais ou menos estendida envolvendo o intestino; 3.° por adherencias determinando flexões ou curvaduras; 4.° por uma viscera ou um tumor visinho agindo por compressão.

A occlusão dependendo do proprio intestino é produzida:

1.° por sua torsão (volvulo);

2.° por sua invaginação;

3.° pelo estreitamento do seu calibre.

No interior do intestino, a occlusão verdadeira é produzida por corpos estranhos.

Comtudo, muitas vezes podemos encontrar no mesmo

individuo varias causas de occlusão sendo dependentes ou independentes umas das outras, difficultando dest'arte a sua classificação. Foi assim que Philippe (de Liege) observou uma alça adherente ao appendice ileo cœcal transformada em volvulo; passando por este annel assim constituido uma outra estrangulada.

Noutra parte è um tumor pediculado produzindo a invaginação, a compressão por um fibroma determinando adherencias, um volvulo complicado de brida diverticular com estreitamento de annel constrictor.

Hernias internas

Este genero de occlusão reproduz exactamente o mechanismo do estrangulamento herniario commum. Os orificios intra-abdominaes, nos quaes se pode reproduzir o estrangulamento, são normaes ou anormaes, naturaes ou pathologicos.

Independentemente dos anneis onde se dão as hernias retroparietaes ou intersticiaes, existem em varios pontos da cavidade abdominal, depressões, fossettas e hiato nos quaes se tem visto o intestino se estrangular.

O hiato de Winslow, as fossettas pericecaes, duodenaes, sigmoides, mais bem conhecidas depois das investigações de Jonnesco, deram logar a esses accidentes em casos aliás muito raros.

A sciencia nos prova com centenas de observações authenticas dessas hernias ditas retroperitoneaes, desco-

bertas as mais das vezes ou na operação ou na autopsia, a grande difficuldade, senão impossibilidade para um diagnostico clinico.

Os orificios anormaes ou pathologicos podem se produzir em todas as partes do ventre, sobre as paredes ou nas visceras que elle contem.

São congenitos ou accidentaes.

O melhor exemplo das occlusões parietaes de natureza congenita, são as hernias diaphragmaticas.

Os estrangulamentos parietaes accidentaes produzem-se em saccos herniarios deshabitados ou reduzidos em massa, em anneis profundos persistentes após a kelotomia ou resultado de curas radicaes incompletas.

O epiploon e o mesenterio podem apresentar perfurações em que se intromette o intestino.

No curso de uma laparatomia em um rapaz de 13 annos, Jeannel encontrou uma alça delgada comprimida por um annel dependente das inserções mesentericas.

O distincto cirurgião Bauby, cita o caso de uma mulher, em que a ruptura do utero durante o parto deu passagem ao intestino, perecendo a doente em tres dias.

Em todos esses casos de estrangulamentos em anneis internos, o mechanismo da occlusão é exactamente o do estrangulamento herniario commum.

O processo em suas manifestações é agudo e rapidamente grave em suas consequencias.

Muito frequente é o estrangulamento por bridas.

Estas são adherencias resultantes de um processo peritonitico, e se estendem na cavidade abdominal de uma alça a outra ou da parede a um ponto qualquer da serosa.

Ha bridas cheias e bridas vasias.

As primeiras são tractus conjunctivos, restos de peritonites, appendices eppiploicos progressivamente allongados, e franjas do eppiploon retidas em um annel herniario.

As bridas vasias, são constituidas por alguns restos de conductos embryonnarios ou por orgãos normaes allongados ou descollados.

Os destroços de vasos omphalomesentericos e os diverticulos de Meckel representam o primeiro genero; a trompa de Fallope e o appendice cœcal o segundo.

Os diverticulos de Meckel, constituidos por uma especie de reunião do intestino, juntam-se geralmente ao ileon. Partindo d'este ponto tomam disposições variadas: ora vão fixar-se ao umbigo onde abrem ás vezes um trajecto fistuloso, ora se vão lançar sobre uma alça visinha, outras vezes, é na parede que elles se fixam ao eppiploon, a um orgão qualquer; emfim, se pode achal-os livres no ventre.

As peritonites agudas ou chronicas, generalisadas ou localisadas, determinam quasi sempre adherencias que ligam as alças entre si ou as fixam mais ou menos largamente nas paredes e orgãos de visinhança.

E' sobretudo a peritonite tuberculosa que nos offerece notaveis exemplos; numerosos casos d'esta natureza, acompanhados ou não de phenomenos de obstrucção, foram publicados pelo cirurgião Lejars.

Todas as causas de irritação local são capazes de produzír as mesmas consequencias e observam-se após todas as inflammações abdominaes: enterites, appendicites, contusões do abdomen, abcessos perinephriticos e suppurações ganglionarias.

Compressões por tumor ou visceras abdominaes

Qualquer tumor abdominal, qualquer orgão ectopiado ou simplesmente augmentado de volume, pode exercer sobre um ponto do intestino, compressão bastante para producção da occlusão.

Assim é que podem occasional-a: os fibromas uterinos, os kistos do ovario, a prenhez, a retro versão e a retro flexão do utero, abcesso da parede do ventre etc., etc...

Em sua these de aggregação de 1886, Magrier mostrou que as prenheses uterinas originaram grandes occlusões intestinaes.

O volvulo ou estrangulamento rotatorio de Rochitansky é a torsão de uma alça intestinal em volta de um eixo fixo, formado pelo mesenterio ou pelo mesocolon, podendo o intestino descrever uma ou mais voltas em espiral.

O pediculo mesenterico do S illiaco pode ser muito longo e muito estreito, o que favorece extraordinariamente a producção do volvulo, cuja séde mais frequente é justamente o S illiaco.

As pessoas que ordinariamente se nutrem de vegetaes são muito sujeitas aos volvulos.

Os individuos constipados habitualmente são expostos a uma dilatação excessiva do S illiaco e do mesocolon correspondente, circumstancia que predispõe ao volvulo.

O volvulo nós encontramos em maior numero nos homens do que nas mulheres.

Invaginação

Segundo a classificação de Cruveilhier, a invaginação, chamada ainda intuscepção, consiste na penetração de uma parte do tubo digestivo em uma outra parte que se lhe segue, de tal sorte que a primeira porção se invagina na segunda, á maneira de um dedo de luva.

A invaginação pode se formar em toda a extensão do intestino, desde o jejuno até a extremidade inferior.

A invaginação é mais commum nas creanças do que nos velhos.

As estatisticas demonstram que a séde mais frequente é a região ileo-cœcal, isto porque o cœcum, cuja cavidade normalmente é tão espaçosa, anormalmente dilatada ás vezes, que não pode oppôr a necessaria resistencia á impulsão de uma parte do intestino mais estreita,

donde resulta que a valvula de Bauhin céde e dà passagem ao ileon.

Estreitamento

Os estreitamentos do intestino são muitas vezes cicatriciaes, isto é, succedem a alterações da mucosa, sobrevindas durante certas affecções: febre typhoide, enterites, dysenteria, etc., etc.

O estreitamento cicatricial pode resultar das alterações consecutivas ao estrangulamento herniario, por esphacelo da invaginação, das lesões traumaticas do intestino.

Os estreitamentos organicos são produzidos pelos diversos neoplasmas do intestino e em particular pelo epithelioma de cellulas cylindricas, que se pode encontrar em toda a extensão do tubo digestivo e principalmente no grosso intestino.

O estreitamento do intestino é mais frequente na mulher do que no homem.

Occlusões por corpos extranhos

Corpos solidos de diversas naturezas podem parar no intestino e nós os dividiremos em dois grupos: os que vêm do exterior e os que se formam no organismo.

A primeira classificação comprehende os corpos extranhos que penetram pela bocca e os que se introdusem pelo anus.

As substancias refractarias a acção dos sucos digestivos são ingeridas por descuido, por falta de mastigação ou ainda por aberração e essas são em regra geral pevides de fructos e ossos.

Na Silesia, a morte por accumulo de carôço de cereja era frequentemente observada.

No somno natural ou chloroformico, peças de prothese-dentaria podem se desprender e ser engulidas; porém, é muito raro esses objectos irem além do estomago, etc.

Os corpos extranhos introduzidos pelo anus, muito variaveis de natureza e de volume, podem subir até o S illiaco e resistir a todos os meios de expulsão.

Os corpos extranhos formados no organismo são os feixes de vermes intestinaes, os calculos biliares e pedras fecaes.

As ascarides lumbricoides, reunidas em forma de um bôlo, têm algumas vezes determinado occlusão aguda a ponto de se pensar em um estrangulamento interno ou em uma invaginação, porque è sobretudo nas creanças que isto se observa.

Occlusões falsas ou dynamicas

Na pathogenia das falsas occlusões, o elemento principal é representado por uma perturbação da inervação.

Nós distinguiremos as por coprostase e as por perturbações reflexas.

A coprostase ou retenção estercoral é a constipação levada a um grau extremo.

Observa-se a coprostasia de preferencia nas mulheres sedentarias, nos velhos enfraquecidos, nas creanças glutonas, nos individuos atacados de hemorroidas, em uma palavra, nos constipados.

Occlusões por perturbações reflexas

Designamos sob este titulo factos em que apparecem todos os signaes exteriores do estrangulamento interno, sem existir nas vias intestinaes nem obstaculo mechanico nem accumulação de materia.

Symptomatologia

II

A occlusão intestinal apresenta-se-nos sob duas variedades clinicas differentes: occlusão aguda e occlusão chronica.

Occlusão aguda

A occlusão aguda é caracterisada por signaes e sym ptomas sempre os mesmos, taes como: a dôr, a constipação, o meteorismo, o vomito, a depressão vital, diminuição na quantidade de urina e um symptoma de grande valor a apyrexia.

A dôr

A dor é que dá quasi sempre o signal, e que desde o começo, caracterisa esta cruel affecção, chamado por esta razão *colica de miserere.*

A dôr é a principio circumscripta ao umbigo, aos flancos ou as fossas illiacas, espalhando-se depois a todo o ventre; não é continua: exacerba-se periodicamente, resultando a exacerbação dos movimentos peristalticos do intestino, que lucta contra o obstaculo.

Quando esta dôr desapparece, e os outros symptomas persistem, é-o annuncio de gangrena ou perfuração.

Examinando com a maxima delicadeza, a região abdominal, chega-se á determinar um ponto maximo de dôr, que corresponde muitas á verdadeira séde de lesão.

Esta descoberta permitte eliminar todas as affecções espasmodicas independentes do intestino: as colicas hepaticas, nephriticas, testiculares e uterinas.

Constipação

A constipação é um signal tambem de grande valor.

A supressão de emissão de materias e gazes é completa e dura tanto tempo, quanto a occlusão. Esta pode a principio parecer incompleta, dando logar à causa de erros, porquanto o segmento do intestino inferior ao obstaculo encerra feses, que são evacuadas de uma ou mais vezes e acompanhadas de emissão de gases.

Ha casos em que a occlusão intestinal é acompanhada de diarrhéa, proveniente da transudação seromucosa, devida a irritação do segmento inferior do intestino.

Meteorismo

O meteorismo só se manifesta na occlusão intestinal sempre depois de 24 a 48 horas.

O ventre desenvolve-se pouco e pouco, torna-se tympanico, e a parede abdominal é destendida pelo intestino cheio de gases.

Logo que o meteorismo se manifesta, torna-se a causa de dois outros symptomas: a dyspnéa e os soluços.

Vomitos

O vomito é o symptoma inicial, quando a occlusão intestinal é produzida pouco tempo depois das refeições, durante a digestão estomacal.

Os doentes vomitam tudo o que ingeriram como se tivessem uma indigestão, seguindo-se um periodo de allivio de algumas horas.

Os vomitos a principio são alimentares, depois mucosos, biliosos e, finalmente, fecaloides.

Estes têm uma coloração pardacenta, cheiro caracteristico, estercoral, e são tanto mais frequentes quanto mais proximo ao estomago estiver o obstaculo. Quando os vomitos são abundantes, o estado geral do doente torna-se cada vez peior; a respiração sempre frequente e fraca, a voz quasi desapparecendo; a sêde é insaciavel e quando quer satisfazel-a sobrevêm novos vomitos e o soluço é quasi continuo.

A temperatura desce a 36·,5, a 35,·5 e ás vezes abaixo.

O paciente fica com a pelle fria, com suores viscosos; os olhos escavados apresentam-se orlados por um circulo livido; e os labios e as extremidades ficam cyanosados.

O pulso do paciente é fraco e filiforme.

Diminuição na quantidade de urina

A quantidade de urina excretada diminue em todos os casos de occlusão intestinal aguda; e os drs. Barlow

e Golding Bird affirmaram juntamente com Hilton, que esta diminuição é tanto maior, quanto a occlusão é mais proxima do pyloro.

A evolução da occlusão aguda varia: ora os accidentes aggravam-se até a morte; ou até que se obtenha uma descarga definitivamente.

A duração da molestia é de tres a quatro semanas, mas quasi sempre prolonga-se um, seis ou dez dias; excepcionalmente o doente morre em 24 ou 48 horas.

A terminação pela cura ainda se pode dar mesmo depois da manifestação dos vomitos fecaloides.

A perfuração e a peritonite aguda durante a evolução da occlusão intestinal, são accidentes rapidamente mortaes.

Nas occlusões agudas todos os auctores são de opinião que os pacientes conservam as faculdades intellectuaes e os orgãos dos sentidos intactos até o fim; a intelligencia mantém-se e elles ficam scientes do seu estado; e quando visitados pelo terror da morte, com effeito o prognostico é dos mais sombrios.

Occlusão chronica

E' caracterisada por um inicio geralmente traiçoeiro, lentidão de marcha, ausencia de pouca intensidade dos phenomenos geraes.

A dôr na occlusão chronica não è constante como na aguda, ella offerece o caracter de colica, e, quando o

intestino delgado é a sua séde, vem muitas vezes um certo tempo depois das refeições.

Os vomitos na occlusão chronica são menos violentos do que na forma aguda e têm menos tendencia a tornar-se estercoraes, salvo antes da terminação fatal, quando a occlusão está completa.

A constipação é provavelmente o signal o mais importante da occlusão chronica, deixando, porém, de ser constante, vezes outras alternando com a diarrhéa, que pode mesmo substituil-a por completo.

Na invaginação chronica, segundo as estatisticas de Rafinesque, a diarrhéa é a regra e a constipação a excepção.

O tympanismo não é um symptoma precoce na occlusão chronica, porém, pode tornar-se consideravel no fim da affecção.

A occlusão chronica é quasi sempre determinada pelo accumulo de materias fecaes, por obstrucção, emfim por largas compressões exercidas por tumores, orgãos abdominaes ectopiados e hypertrophiados.

Diagnostico

III

O DIAGNOSTICO da occlusão intestinal é uma questão das que maiores difficuldades podem apresentar ao clinico.

Para encontrarmos os dados necessarios para um bom diagnostico devemos fixar-nos nos 6 pontos seguintes:

1.º diagnostico da existencia da occlusão intestinal;

2.º diagnostico de sua natureza;

3.º diagnostico de sua variedade;

4.º diagnostico de sua séde;

5.º diagnostico das lesões locaes;

6.º diagnostico do estado geral do paciente.

Vamos encarar rapidamente cada um desses elementos.

Diagnostico da existencia

Diversas affecções apresentando os mesmos caracteres da occlusão intestinal podem ser confundidos com ella.

As hernias externas devem ser procuradas com cuidado por ser, as mais das vezes, difficil o seu reconhecimento, estrangulando rapidamente no seu primeiro apparecimento; é preciso então o medico se informar das perturbações anteriores.

A dôr, sobretudo no começo, é localisada em um ponto peripherico e limitado, emquanto que o abdomem em seu conjuncto fica desde muito tempo indolor e muito flexivel.

Hernia e occlusão podem existir, dependentes ou independentes uma da outra.

Os esforços de vomitos produzidos pelo ileus expõem um herniario a sahida do intestino e ao estrangulamento externo.

A dysenteria tem sido confundida com a invaginação; com effeito, nos dois casos, ha diarrhéa sanguinolenta tenesmos e vomitos, porém os antecedentes e a evolução differem; o exame faz reconhecer em um caso o annel invaginado, noutro as ulcerações da mucosa.

Os envenenamentos tambem se têm confundido com as occlusões intestinaes, e nestas condições, basta ás vezes o exame anamnestico para evitar taes enganos.

As colicas saturninas, nephriticas, hepaticas, uterinas, ovarianas e testiculares, quando não arrastam uma perturbação tão profunda da inervação intestinal, se acompanham as mais das vezes de symptomas geraes tão graves que se têm acreditado em um estrangulamento interno.

Os antecedentes, uma analyse minuciosa dos phenomenos morbidos, e o tratamento, permittem-nos estabelecer a realidade das coisas.

A ausencia do augmento de volume do ventre e de

vomitos fecaloides, a localisação e as irradiações da dôr constituem signaes preciosos deste diagnostico.

Nas peritonites generalisadas, os auctores insistiam muito sobre este ponto especial do diagnostico differencial, em que as consequencias eram mais graves qual ellas não são actualmente.

A peritonite, sempre secundaria succede a um traumatismo do abdomen com feridas ou lesões internas, á uma operação, a um parto ou a uma affecção visceral infecciosa.

A dôr é mais rapidamente generalisada na peritonite que na occlusão intestinal; e mais superficial, impedindo o menor contacto, porém, tanto mais facilmente acalmada pelo opio.

A parada das materias e dos gases é muito relativa, cede geralmente aos meios em uso.

O meteorismo é, como a dôr, sem localisação precisa, sobe rapidamente e occasiona logo a dyspinéa mechanica.

A temperatura é considerada como um signal de primeira ordem.

Na occlusão intestinal existe hyppothermia na peritonite hyperthernia.

Todas as formas de appendicite aguda podem simular a occlusão intestinal.

As crises appendiculares das creanças fazem pensar em uma invaginação.

A appendicite perfurante com peritonites super-aguda

é sobretudo considerada por Jalaguier como difficil de distinguir da occlusão intestinal.

Diagnostico da natureza

A occlusão intestinal é de natureza mechanica ou dynamica.

A constipação chronica, a passagem dos gases o reconhecimento facil da massa fecal, não permittem engano, bastando collocar o dedo.

A falsa occlusão reflexa, ao contrario, é as mais das vezes difficillima de distinguir da verdadeira.

Ileus espasmodicos e mesmo paralytico simulam as mais das vezes até o engano o estrangulamento interno.

A literatura medica fornece muitos exemplos de erros notorios e caso de morte em que a autopsia não revelou nenhuma causa mechanica; Verneail, Berger, Reclus e muitos outros têm citado.

Diagnostico da variedade

Uma distincção deve ser feita entre o ileus por estrangulamento e os outros generos.

Este grupo dos estrangulamentos internos comprehende todos os factos, nos quaes a parede intestinal sendo submettida a uma constricção violenta, é por conseguinte exposta ao esphacelo rapido.

As hernias internas, as bridas, o volvulo entram nesta categoria. O estrangulamento interno caracterisa-se pela

intensidade especial e a gravidade precoce do quadro clinico; é o typo fatal da occlusão intestinal.

Colicas atrozes, vomitos incoerciveis e fecaloides, parada absoluta das materias, abatimento, agonia, terror da morte manifestam-se em toda a sua agudeza e sua precipitação terriveis.

O ponto maximo da dôr é muito claro no começo para o doente que accusa as vezes a sensação especial de estrictura; porém se não acha nenhum tumor pela palpação.

O derramamento intra-peritonéal é um elemento importante deste diagnostico.

Quando a porção do intestino, isolada pelo estrangulamento, é muito consideravel, ella se dilata em taes proporções que se reconhece sob as paredes com a vista e ao palpar ; é o signal de Wahl quasi pathognomonico do volvulo.

A invaginação é a variedade que deixa menos logar para duvida; ella tem symptomas muito authenticos e certos mesmo pathognomonicos.

Assim, por exemplo, na creança é o mechanismo habitual da occlusão aguda, a presença de um tumor molle, cylindrico e movel, com um annel doloroso á pressão, e ao nivel do qual se sentem movimentos vermiculares; encontra-se algumas vezes pelo toque rectal; e a expulsão pelo anus de humores viscosos sanguinolentos.

Emfim, o augmento do ventre menos pronunciado,

mais tardio; os vomitos ora biliosos e raramente fecaloides.

Tudo isso deve logo fazer pensar na intussuscepção.

Os estreitamentos do intestino, quando cicatriciaes e organicas, não occasionam occlusão intestinal grave senão em seguida de uma serie de perturbações anteriores.

Os calculos biliares podem ser reconhecidos conforme as crises anteriores de colicas hepaticas e os symptomas de cholicystite que têm destinado a passagem directa do calculo da vesicula no intestino delgado em uma epoca mais ou menos approximada da do ileús.

Taes antecedentes em uma mulher, velha, têm um valor significativo.

Mesmo quando são volumosos os calculos biliares, não fazem occlusão intestinal completa desde sua chegada no intestino; caminhando, provocam accessos dolorosos intermittentes e crises preparatorias; emfim, o quadro clinico é menos grave que o do estrangulamento.

Diagnostico da séde

A intervenção cirurgica seria mais restricta, mais rapida e menos dolorosa se podessemos ir directamente á séde do obstaculo.

Para que este diagnostico fôsse completo, deveria precisar a principio o lado do ventre em que se acha a causa material da occlusão; em seguida o ponto suspeito na longitude do intestino.

E' o que se designa sob os termos de: séde topographica e séde anatomica.

Na occlusão intestinal aguda, a parte affectada é ordinariamente o intestino delgado, e na occlusão intestinal chronica, o grosso intestino.

Quando sobrevêm desde o começo vomitos fecaloides, a occlusão tem como séde a parte inferior do intestino delgado; pois que, este symptoma não se observa quando a occlusão tem como séde a parte superior do intestino delgado, e de outra parte na occlusão do colon, ella se mostra em uma epoca relativamante tardia.

O diagnostico da séde topographica, mais importante talvez que o outro, é tanto mais possivel, quanto mais cedo examinados os doentes.

Faz-se sobretudo pelo exame local superficial sobre o ponto maximo das dôres, das contracções e do meteorismo, sobre o signal de Wahl, sobre a presença de um tumor na massa intestinal. Lembramos entretanto que as impressões dolorosas subjectivas devem ser verificadas com cuidado, porque, muitas vezes o paciente localisa soffrimentos que vêm da fossa illiaca.

O diagnostico da séde anatomica tira-se do exame directo do paciente, e, da interpretação dos symptomas funccionaes.

Diagnostico das lesões locaes

Em geral a extensão e a profundeza das lesões estão em relação com a agudeza da doença e sua duração.

O diagnostico da variedade da occlusão intestinal importa até certo ponto no da marcha do processo; assim é preciso se attender a achar o esphacelo produzido muito mais cêdo sobre uma alça estrangulada ou invaginada que sobre um intestino apertado ou simplesmente comprimido.

Diagnostico do estado geral

Antes de fazermos uma abertura do ventre em um doente que tenha uma occlusão intestinal, convém verificar se o paciente é capaz ou não de resistir ao traumatismo cirurgico.

Quaes são os signaes pelos quaes se pode reconhecer que o estado geral é ainda supportavel ou que é mau; que o doente é operavel ou não?

Esta questão não é sempre facil de resolver; exemplos numerosos mostram que individuos operados *in extremis*, curam-se contra toda esperança, emquanto outros, sob bôas apparencias, morrem ao menor choque.

Em todo caso, um doente que se vê, desde o segundo dia, bem consciente de seu estado, com um pulso conveniente e uma temperatura pouco mais ou menos normal, respirando sem muito martyrio, capaz de qualquer esforço, tendo urinas muito abundantes e sem albumina, um tal doente é evidentemente operavel.

Um outro, ao contrario, que tem estertores em seu leito quasi frio, com um coração sem energia e um pulso miseravel, este está perdido.

Nesses dois individuos nós podemos fazer a apreciação do estado geral que é tanto mais delicado quanto os phenomenos reflexos e infecciosos podem alterar a significação dos symptomas proprios de cada grande apparelho.

Prognostico

IV

O PROGNOSTICO da occlusão intestinal é quasi sempre o mais sombrio e fatal na grande maioria dos casos clinicos que se nos deparam.

Uma das causas que concorrem para um mau prognostico é justamente a aggravação dos symptomas.

A occlusão por materias estercoraes é a variedade unica em que o prognostico é benigno, porque cede mui facilmente aos meios empregados; as outras variedades, a invaginação, o volvulo e sobretudo o estrangulamento devem ser innegavelmente consideradas como muito graves e excepcionalmente deixam de ser fataes.

Tratamento

V

O TRATAMENTO da occlusão intestinal, é justamente o ponto mais importante para um bom prognostico, porquanto a morte de grande numero de doentes, della affectados é devida ao prolongamento inefficaz do tratamento medico e consequentemente ao retardamento da intervenção cirurgica. Antes dos progressos da sciencia e das investigações criteriosas dos medicos, a occlusão intestinal era do dominio medico; porém em 1885, no Congresso de Cirurgia da Sociedade Allemã, um orador declarou com a voz vibrante de sabio que a occlusão intestinal é uma doença cirurgica e deve ser soccorrida pelos serviços da Cirurgia, pois que o retardamento medico é a causa dos desastres tão frequentes.

Em 1892 no Congresso de Cirurgia, Boiffin disse que todos os medicos devem acceitar esta ideia.

Uma vez diagnosticada a occlusão intestinal é dever do clinico consciente dos seus deveres, empregar immediatamente os meios que a sciencia aconselha para conjural-a, lembrando-se sempre no intimo de sua alma de que cada minuto perdido representa mais um passo dado para o desapparecimento da vida.

O tratamento medico deverá ser tentado nas primeiras manifestações de uma occlusão intestinal, principalmente na chronica, onde se contam os mais bellos successos e até no momento em que o obstaculo para inteira e definitivamente as materias.

Convém não tornar longo o tratamento medico para não cahir em serias consequencias.

O tratamento medico consiste no emprego dos purgativos repetidos, com o fim de produsir uma evacuação extraordinaria; nas applicações de gêlo com o fim de parar os phenomenos inflammatorios; nos opiaceos com o fim de acalmar as dôres e repousar o intestino.

Dos differentes processos de tratamento medico empregados para combater a occlusão intestinal, somente dois devem ser tentados antes do tratamento cirurgico e desde que o diagnostico esteja feito: a enteroclyse em primeiro logar e os clysteres electricos, logo após, se a primeira falhar.

Se o medico deante de um paciente que seja portador de uma occlusão intestinal applicar a enteroclyse ou os clysteres electricos e não obtiver resultados satisfactorios, deve immediatamente recorrer á Cirurgia.

Não devemos tentar o tratamento medico nas occlusões completas porque somente o cirurgico dará bons resultados.

Enteroclyse

A enteroclyse consiste em injectar pelo recto, o mais alto possivel, sob uma pressão não muito forte, uma quantidade de liquido aseptico e quente, cuja quantidade varia, porém que é em geral superior a 3 litros.

Nunca se deve fazer uma injecção com muita força e precipitação porque quem assim proceder arriscar-se-á a romper o intestino do doente, além de ir produzir uma grande irritação das paredes dessa viscera, o que deve ser a todo transe evitado.

A enteroclyse deve ser feita lenta e progressivamente, para não ser offensiva.

Para que se obtenha bom resultado é necessario que o liquido injectado o seja em grande quantidade e que penetre bem alto no tubo intestinal; estas duas condições só se poderão obter mediante a injecção lenta e progressiva.

Para realisarmos a enteroclyse, devemos collocar o doente na posição de talha, porém com o corpo um pouco inclinado para o lado direito.

Além de um irrigador é indispensavel uma sonda esophagiana para o caso da occlusão em adulto; sendo uma creança o paciente, é bastante uma sonda urethral n. 25.

A natureza do liquido a injectar é indifferente; condição essencial, porém, é que não seja irritante; a agua fervida na temperatura de 37° a 38°, é o melhor, principalmente se lhe fôr addicionada uma certa quantidade de oleo.

A sonda deve ser levada o mais alto possivel, a principio com o auxilio do indicador esquerdo introduzido no recto, como guia, e depois, lentamente, como se procede na urethra, sem forçar.

Introduzida a sonda, adapta-se a sua extremidade externa ao pipò do irrigador e levanta-se este a 30 ou 40 centimetros do plano horisontal do doente augmentando a pressão pouco a pouco até a altura maxima de 80 centimetros, se o doente supportar bem a injecção.

A quantidade injectada varia: pode exceder a dois litros na creança, a seis litros no adulto, mas não pode ser precisada de antemão. Terminada a injecção, retira-se rapidamente a sonda e o doente fica deitado e immovel.

A expulsão do liquido é mais ou menos rapida e acompanhada de colicas.

Se a lavagem der resultado, á expulsão dos liquidos, junta-se emissão de gases e materias fecaes endurecidas; a descarga não é immediata, só se faz no fim de algumas horas.

Nos casos negativos o liquido sae claro, ou quando muito, turvado pela lavagem da porção inferior do intestino.

E', sobretudo, nos casos de obstrucção por materias fecaes que a enteroclyse pode dar resultado, e tambem nas phases recentes da invaginação, sobretudo na creança.

O emprego da electricidade no tratamento da occlusão intestinal, se bem que seja moderno, é pouco empregado no nosso meio scientifico.

A sua applicação não é tão facil quanto a da enteróclyse, depende, além disso, de um instrumental apropriado, segundo a descripção do cirurgião Lejars.

As correntes galvanicas são preferidas por Boudet, ás faradicas, porque estas não têm influencia sobre as fibras lisas, ao passo que as outras, por excitação prolongada, as impressiona, e portanto pode actuar sobre o intestino.

Diz o distincto cirurgião Lejars:—«Se não tiverdes uma bôa machina de correntes continuas, não percae tempo com as pequenas machinas faradicas, porque nada obtereis, salvo nos casos de obstrucção estercoral benigna, e como complemento a enteroclyse.

O que compromette as mais das vezes o tratamento electrico, o que pode fazer desconhecer o real valor e efficacia, é justamente o máo emprego que delle se faz, generalisando-o de mais e prolongando muito as suas applicações.

Este methodo electrico é excellente, nas obstrucções e nas pseudos-occlusões, sobretudo quando a technica é perfeita.

Os cirurgiões Boudet e Lorat têm obtido optimos resultados nas suas clinicas, com o emprego do tratamento electrico.

E' indispensavel uma bôa machina para se fazer applicação da electricidade, com uma bateria de correntes continuas de typo variavel, porém capaz de dar 50 milliampéres e que esteja funccionando bem.

Ligam-se os dois fios conductores, um á uma larga placa metallica, coberta de camurça e embebida em agua salgada, e o outro ao excitador rectal, que se compõe de uma sonda de gomma perfurada nas extremidades, e de um mandarim metallico central tambem perfurado; este é apparelhado com o fio e constitue o electrodo; a sonda é posta em communicação, por uma tubuladura lateral, com um tubo de *cautchuc* e um injectador. Collocado o doente em posição de talha, introduz-se no recto o excitador procurando fazer penetrar tão alto quanto possivel fôr.

Feito isto liga-se o excitador ao pólo positivo da pilha.

Molha-se bastante a placa metallica, liga-se ao pólo negativo e applica-se sobre o ventre, ao nivel do flanco esquerdo, por exemplo, tendo o cuidado de mudal-a de logar de 5 em 5 minutos, fazendo-a passar successivamente sobre as fossas illiacas, flanco direito e região umbillical.

O circuito está fechado, porém a corrente é muito fraca porque o graduador está ainda a zero.

Antes de fazel-o funccionar, abre-se a torneira do irrigador, que deve conter agua salgada quente. Devemos fazer a injecção da agua, lentamente.

Injecta-se meio litro e, emquanto o intestino tolerar, deixa-se aberta a torneira.

Esta agua salgada protege a mucosa intestinal, isolando-a do contacto directo do electrodo, ao mesmo tempo diffunde a acção electrica e torna uma especie de largo electrodo liquido.

Vae-se então augmentando progressivamente a intensidade da corrente, que varia de 10 a 50 milliamperes.

Nos casos de occlusão intestinal incompleta é bastante uma duração de dez minutos para que se obtenha o resultado desejado.

Nos casos graves é necessario que se inverta a corrente de 5 em 5 minutos.

A proporção que nós prolongarmos a applicação electrica, a vontade de defecar augmenta consideravelmente.

Notamos muitas vezes nos individuos emmagrecidos as contracções dos intestinos atravez ás paredes abdominaes.

Quando o doente não supportar mais o desejo de defecar, retiraremos a sonda, e nesta occasião ou ha uma grande descarga, ou ha pequena emissão de gazes e fezes, ou ainda a agua introduzida no recto sahe acompanhada ou não de gazes.

Não deveis esperar pela descarga immediata, diz Lejars; fazei uma applicação durante um quarto de hora; se o doente não se fatigar, se houver emissão de gazes e de algumas materias, parae, a causa está ganha: o resultado se completará por si só, ou com o auxilio de alguns meios communs.

Terminamos em rapidos traços o tratamento electrico e não podemos entretanto deixar de patentear o nosso reconhecimento pela superioridade do processo, que

devemos pôr em pratica, todas as vezes em que o estado geral permittir esperar algum tempo.

Entretanto, em caso contrario, quando reconhecermos que o doente exige uma intervenção de urgencia daremos preferencia ao tratamento cirurgico cuja technica passaremos a descrever.

Das intervenções cirurgicas nos casos de occlusão intestinal, occupar-nos-hemos de preferencia, em primeiro logar, da enterostomia e em seguida da laparatomia.

Enterostomia

A enterostomia é essencialmente destinada a crear uma derivação temporaria á circulação das fezes.

A enterostomia para ser uma verdadeira operação de urgencia e para realização de seu fim, deve ser facilitada e simplificada o maximo possivel.

Bauby divide a entorostomia em temporaria e definitiva. Na enterostomia temporaria a operação faz-se em 4 tempos:

Primeiro tempo—Incisão das paredes abdominaes, a tres centimetros acima da arcada crural e a partir de seu centro, a incisão cutanea rectilinea se dirige parallelamente a arcada, subindo pela espinha iliaca antero superior, sobre uma longitude de 8 centimetros.

Depois de ter dividido a pelle e o tecido cellular de uma extremidade a outra, incisa-se a aponevrose do grande obliquo, pequeno obliquo, transverso e o fascia

diminuindo de extensão, de maneira que o fundo não tenha mais que 4 a 5 centimetros; abre-se então o peritoneo com muito cuidado e fixando-se seus bordos com pinças.

Segundo tempo—Attracção do intestino.

Quasi sempre uma alça dilatada se apresenta na abertura; Tillaux, como Nelaton, não quer que se procure uma outra, portanto, se é segura a sua asepsia, pode-se bem introduzir o index e explorar rapidamente em todas as direcções para se dar indicios da séde ou da natureza do obstaculo, ou sobre o estado das alças visinhas.

Quando se opera do lado esquerdo, é necessario procurar o colon, se elle não se apresenta primeiro, e quando é a direita que se tem de abrir o intestino delgado em um ponto qualquer, é conveniente saber se o cœcum está dilatado, pois que é a elle que se indusiria.

Em todos os casos, se fixa docemente a alça ao abrir com os dedos ou com pinças que não cortem, porém, sem tiral-a muito para fóra.

Terceiro tempo—Fixação do intestino nos labios da ferida.

Sutura-se dos dois lados a parede visceral do peritoneo parietal por meio de uma agulha curva muito fina, com sêda ou catgut, e a sutura em surget ou em pontos approximados.

Quarto tempo—Abertura do intestino.

Se podesse ser retardada seria preferivel, porém, na

occlusão intestinal aguda não convem esperar porque o perigo é muito urgente.

Incisa-se então, immediatamente, a parede entre as duas ordens de sutura, seja com thermocauterio, seja com thesouras.

Quenu, Lejars, Feliset, aconselham fazer uma pequena abertura, uma especie de fistula comportando apenas o dêdo minimo.

Quando é aberto em bom logar, o anus iliaco funcciona as mais das vezes, logo em seguida; ondas de liquido, gases abundantes escapam-se para fóra, dahi resultando um allivio rapido.

Nem sempre isto acontece; é necessario então saber esperar algumas horas, e se o descoalho subito não chega pode-se provocal-o pela introducção de longas sondas molles nas duas direcções.

Eis aqui ligeiramente descripta a enterostomia temporaria, operação facil e sem perigo e que pode ser feita em 20 minutos.

Enterostomia definitiva

Esta operação differe da precedente somente porque ella procura crear uma via de derivação completa e para impedir a passagem das materias pela extremidade inferior.

Para isto em logar de deixar o intestino no ventre, é preciso trazel-o para fóra, dobral-o em forma de cano de

espingarda, de maneira a formar um angulo ou espora de separação.

Seguindo a technica de Maydl e aperfeiçoada pelo professor Reclus, basta trazer docemente a alça escolhida até que seu proprio mesenterio, conduzido para o exterior possa ser preso entre dois dedos; através deste mesenterio se passa uma haste rigida que cruza os labios da ferida e se sustenta nas partes visinhas; desde logo o intestino fica suspenso na haste.

A principio, seria preciso esperar a união natural das serosas e abrir o intestino somente no quarto dia, porém, nem sempre se pode retardar assim é preciso então collocar as suturas e abrir o anus no mesmo dia ou no dia seguinte.

Audry imaginou substituir a haste rigida por um ponto da pelle desenhada na primeira incisão e que atravessando o mesenterio fosse suturado do lado opposto.

Laparotomia

Neste capitulo não nos cabe a discripção minuciosa dessa operação, porquanto apenas desejamos citar ligeiramente o seu valor e resultados na occlusão intestinal.

O dever maximo que temos é indicar qual a nossa conducta a seguir, uma vez que tivermos praticada a abertura do ventre e determinarmos o ponto em que essa abertura se deve fazer.

Todas as vezes que tivermos necessidade de intervir

em um doente accommettido de occlusão intestinal somos de opinião que devemos fazer a laparotomia para mediana, seja qual for a séde provavel do obstaculo.

A lavagem do estomago é uma precaução excellente, e indispensavel, quando os vomitos são abundantes e já fecaloides, porque pode acontecer que o nosso doente succumba pela penetração do producto do vomito nas vias respiratorias.

Uma vez aberto o peritoneo, cumpre ao cirurgião procurar em primeiro logar o obstaculo e restabelecer depois a permeabilidade do canal intestinal.

Muitas vezes pode acontecer, que quando se abra o peritoneo o obstaculo appareça immediatamente no campo operatorio, o que se torna melhor para o cirurgião.

No caso contrario, procederemos com a maxima attenção a exploração methodica de toda massa intestinal, começando por procurar o cœcum, que o cirurgião deve ver e não sentir apenas.

Se notarmos o cœcum vasio, achatado é signal de que o obstaculo está acima delle, no intestino delgado; se estiver cheio, distendido, dever-se-á examinar o Silliaco e a parte intermediaria do grosso intestino.

Todas estas explorações nós somente poderemos executal-as com bom resultado, nos casos em que haja pouca distensão do intestino, é a razão pela qual devemos sempre recorrer ao esvasiamento progressivo do ventre e exame do intestino á proporção que vae sendo

retirado, ou então recorrermos a evisceração total para depois de retirada toda a massa intestinal, procurar então examinal-a.

Uma vez que tivermos descoberto a séde da occlusão é de nosso dever tornar a collocar dentro da cavidade peritoneal todo o intestino, menos a parte em que se acha assestada a lesão.

Esta manobra é muitas vezes a maior difficuldade, justamente pelo augmento da massa abdominal, a ponto de tornar-se necessario fazer uma incisão no intestino, fazer uma enterostomia de descarga que só devemos praticar quando o intestino estiver muito distendido, impedindo assim a pesquisa do obstaculo.

Todas as occasiões em que tivermos a felicidade de encontrar a causa que está determinando a occlusão, é intuitivo que procedamos a sua eliminação, para nestas condições podermos restabelecer a permeabilidade do intestino.

Variadas são as causas da occlusão e assim claro está que diversa será a conducta do operador, conforme a natureza dellas.

A occlusão intestinal quando fôr determinada por uma invaginação já adherente e que resista a todas as tentativas, deve-se procurar recurso na resecção da extremidade invaginada e no affrontamento das extremidades intestinaes por suturas de Lembert.

A occlusão intestinal quando fôr determinada por

uma brida, é dever do cirurgião seccional-a e devendo muitas vezes por cautela excisal-a.

Ha occasiões em que encontramos muitas bridas, e por isso é mister examinar toda a massa intestinal com muita attenção.

Nos casos de hernias intestinas o papel do cirurgião será o mesmo que se estiver deante de hernias externas.

Quando nos parecer que estamos deante de um volvulo devemos examinar com bastante precisão para que não confundamos com as torsões do grosso intestino.

Nas torsões a sua reducção tem fornecido bom numero de successos; o volvulo, ao contrario, offerece grandes difficuldades e as vezes invenciveis; é a variedade de occlusão intestinal que tem dado resultados operatorios os mais lastimaveis.

Um volvulo do intestino delgado é muito raro que elle se desenrole simplesmente; quasi sempre sua complexidade necessita intervenções directas mais ou menos perigosas.

No volvulo nós devemos é dar-lhe uma incisão, determinando o evacuamento e depois disto feito suturarmos e é isto o que constitue as vezes uma precaução preliminar indispensavel.

No estreitamento do intestino, quando é possivel, faz-se a extirpação da alça estreitada; quando, porém, se encontra a parte cancerada, faz-se a enterostomia.

Boiffin diz que ás vezes se pode dilatar o estreitamento com o dedo, seja atravez da parede sem abrir o intestino, seja, como Loreta fez no pyloro, directamente por uma pequena *boutonniére.*

Os estreitamentos cicatriciaes ou congenitos poderiam ser tratados por autoplastia; Heinecke e Mickulisiz fizeram a pyloroplastia, em 1885; Pean, em 1890, empregou o mesmo methodo na região ileo-cœcal; Chaput descreve este processo no seu livro de technica, porém, diz que só é applicavel aos estreitamentos não cancerosos de pequena extensão.

Quando encontramos occlusão intestinal por obstrucção, procura-se a séde do obstaculo, retira-se do ventre a parte do intestino em que ella se localisa e busca se fazer com que o obstaculo siga o curso natural das féses.

Caso não seja possivel isto praticar, abre-se então o intestino na parte onde estiver o obstaculo, que é então retirado e logo depois faz-se a sutura do intestino de conformidade com o seu estado.

Em um caso de neoplasma do intestino, faz-se a ablação delle, e a entero anastomose, ou o anus anormal.

Muitas vezes o cirurgião abre o ventre de um doente, examina o intestino e nada encontra; são estes os casos de pseudo occlusões.

Na grande maioria dos casos o cirurgião não sabe o que vai encontrar, e nestas condições deve estar com o espirito preparado para todas as eventualidades da vida.

PROPOSIÇÕES

Historia Natural Medica

I

A raiz absorve incessantemente e por todos os seus pontos oxigenio no sólo.

II

Um vegetal cuja raiz estiver mergulhada no azoto ou no hydrogenio, mesmo quando sua haste e suas folhas estiverem em presença do ar, perece em alguns dias.

III

A raiz é incapaz de absorver no sólo acido carbonico que ahi se acha, seja no estado gasoso, seja no estado de dissolução.

Chimica Medica

I

O acido sulphydrico existe livre nos gases intestinaes.

II

E' um corpo normalmente gasoso, sem côr e dotado de cheiro fetido.

III

Reage fracamente sobre a tinctura de turnesol, que se torna apenas de um vermelho côr de vinho.

Histologia

I

O revestimento epithelial do intestino delgado é formado por um epithelio simples que apresenta tres variedades de cellulas: cylindricas, caliciformes e emigradoras.

II

As cellulas cylindricas têm a fórma de pyramide cuja base corresponde a cavidade do intestino e o vertice ao derma da mucosa intestinal.

III

As cellulas caliciformes do intestino differem pouco das cellulas do revestimento dá mucosa gastrica; e as cellulas emigradoras occupam os espaços intercellulares entre os pés das cellulas cylindricas e das caliciformes.

Physiologia

I

A funcção da digestão tem por fim dissolver os alimentos e transformal-os em substancias absorviveis e assimilaveis.

II

E' no intestino delgado que se passam os phenomenos os mais importantes da digestão.

III

Os alimentos albuminoides, os hydratos de carbono e as gorduras são completamente digeridos no intestino delgado, sob a influencia do succo pancreatico, da bilis e do succo enterico.

Bacteriologia

I

O colibacillo se acha normalmente no tubo digestivo do homem e de muitos animaes, desde a bocca até o anus.

II

No organismo que estiver em estado normal, este bacillo gosa o papel de saprophyta.

III

Desde porém que o intestino soffra, elle elabora uma toxina que não sendo mais destruida pela actividade do epithelio intestinal, é reabsorvida e produz accidentes graves.

Anatomia Descriptiva

I

O intestino delgado se estende do pyloro até a valvula ileocœcal.

II

Apresenta um desenvolvimento tanto mais consideravel, quanto a alimentação é mais vegetal.

III

No homem sua longitude é de 6 a 8 metros; seu diametro, indo de cima para baixo é de 20 a 30 millimetros.

Anatomia Pathologica

I

Os fibromas são tumores exclusivamente compostos de tecido fibroso, e representam a neoplasia conjunctiva no seu estado de desenvolvimento o mais completo.

II

Assignalam-se no intestino fibromas desenvolvidos na superficie da mucosa, revestindo os caracteres de papillomas na porção das ulcerações do anus e do recto.

III

As formações neoplasicas do intestino na sua parte inferior são: hemorroidas, adenomas polyposas do recto e o cancro.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

O peritoneo é uma vasta membrana serosa, a mais extensa e tambem a mais importante do corpo humano.

II

Apresenta um folhêto parietal em relação com a parede abdominal, e, um folhêto visceral que cobre as visceras.

III

Entre os dois folhêtos, se acha a cavida peritonial.

Pathologia Medica

I

Em Pathologia Medica, estuda-se com muito cuidado as affecções que se assestam para o lado do apparelho gastro intestinal, de preferencia os intestinos.

II

Destas lesões a maior parte occupa o intestino delgado: enterorragia, enterite aguda ou chronica, gangrena, perfuração ou ruptura enteralgica, colica nervosa, cancro, dyspepsia intestinal e muitas outras.

III

Por ahi se deve antever as serias difficuldades que

muitas d'estas doenças offerecem ao diagnostico, especialmente se ellas vêm acompanhadas de complicações.

Pathologia Externa

I

Uma das lesões intestinaes que maior gravidade trazem para o doente e pela tendencia a progredir quasi sempre, é sem duvida alguma a appendicite.

II

As lesões que se encontram na appendicite são variaveis e sombrias: infiltração, inflammatoria, suppuração, gangrena, podendo dar ainda logar a peritonite e morte.

III

O unico tratamento racional para esta molestia é segundo Dieulafoy o tratamento cirurgico.

Operações e Apparelhos

I

A cœcectomia é a extirpação parcial ou total do cœcum.

II

A sua indicação é muito commum nos casos de cancro, porém o cancro limitado.

III

Algumas vezes tambem tem se aconselhado nos casos de invaginação ileo-cœcal e nos casos de tuberculose intestinal.

Therapeutica

I

O mercurio é bem tolerado, e pode-se tomar durante muito tempo em fraca dóse.

II

Algumas vezes, produz diarrhéa, e neste caso associa-se-lhe o opio.

III

O mercurio já foi muito empregado nos casos de volvulo.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

Para bem formular, tem o medico necessidade de conhecer as incompatibilidades dos medicamentos.

II

As incompatibilidades podem ser chimicas, pharmacologicas e physiologicas.

III

As mais perigosas para o doente são, em geral, as incompatibilidades chimicas.

Propedeutica

I

A palpação consiste na applicação da mão combinada em movimentos de pressão superficial e profunda exércidos lenta e gradualmente.

II

O toque é uma variedade da palpação.

III

O toque rectal tem uma importancia consideravel no diagnostico dos estreitamentos e dos tumores do grosso intestino.

Clinica Medica (1.ª cadeira)

I

Os individuos que têm occlusão intestinal soffrem sempre alterações renaes.

II

A diminuição da quantidade de urina é frequentemente observada desde o começo da molestia.

III

Muitas vezes tem se observado até a anuria completa.

Clinica Medica (2.ª cadeira)

I

A coprostase é a constipação levada a um grau extremo.

II

A obstrucção por coprostase nem sempre é benigna.

III

Pode mesmo excepcionalmente produzir a morte.

Clinica Cirurgica (1.ª cadeira)

I

Na maioria dos casos de occlusão intestinal em que

o doente operado morre, é sempre attribuido ou ao choque, ou então á peritonite.

II

O choque é tanto maior quanto mais deprimido estiver o doente, e as manobras cirurgicas forem mais longas.

III

Quanto a peritonite, ella resulta da extensão das lesões intestinaes e das complicações operatorias que ellas arrastam.

Clinica Cirurgica (2.ª cadeira)

I

A laparotomia é a abertura da cavidade abdominal.

II

Antigamente era considerada como uma operação perigosissima; hoje, porém, com os progressos da sciencia está provado o contrario.

III

A laparotomia é um dos tempos da intervenção na occlusão intestinal.

Obstetricia

I

No trabalho do parto, podem dar-se embaraços de grande monta, que perturbam consideravelmente a sua marcha normal.

II

Entre estes embaraços encontram-se uns, que tra-

zem serias consequencias para a parturiente, se cuidados energicos e efficazes não lhe forem ministrados.

III

São principalmente as hernias vaginal e perineal, constituidas pela penetração no fundo de sacco vesico e recto-vaginaes, do intestino e do epiploon, hernias que se podem inflammar e até se estrangular.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

Como se sabe em geral, as mulheres gravidas soffrem de constipação, que algumas vezes resistem aos meios empregados para combatel-a.

II

Esta constipação determina nestas senhoras phenomenos ligeiros como anorexia, perturbações digestivas, lombares e abdominaes, dando em resultado ás vezes phenomenos mais graves.

III

Além dos esforços que ella exige por parte da mulher, pode, entretendo do lado da bacia, determinar contracções uterinas, fluxões congestivas e tornar-se uma causa de aborto.

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

A syphilis é uma molestia infecciosa, podendo ser transmittida por contagio ou por hereditariedade.

II

A primeira manifestação da syphilis por contagio é o cancro duro.

III

Após a sua manifestação o paciente deve submetter-se ao tratamento mercurial.

Clinica Ophtalmologica

I

A inflammação da iris recebe o nome de irite.

II

Das irites de causa geral a mais commum é a irite syphilitica.

III

Beer considera como signaes caracteristicos da irite syphilitica a deformação pupillar e a existencia de granulações neoplasicas (condylomas).

Clinica Pedriatica

I

No recemnascido, a occlusão intestinal é sempre devida a uma mal formação.

II

Os recemnascidos accommettidos da occlusão intestinal quasi sempre morrem poucos dias após o nascimento.

III

Das variedades de occlusão intestinal, o typo mais commum nas creanças é a invaginação.

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

Na occlusão intestinal, mesmo nos casos mais graves, os individuos conservam intactos as faculdades intellectuaes e os orgãos do sentido.

II

A excitação e o delirio são inteiramente excepcionaes.

III

Somente se observa a excitação e o delirio nos individuos que são alcoolatas.

Hygiene

I

A agua de chuva é o resultado da condensação dos vapores atmosphericos; ella dissolve em sua passagem no ar ambiente certos gazes, especialmente o acido carbonico.

II

A agua de chuva contém ammoniaco, as mais das vezes sob a forma de carbonato, acido azotico e traços de acido azotoso.

III

As proporções de materia organica nas aguas de chuvas são muito elevadas.

Medicina Legal e Toxicologica

I

Os ferimentos, quer produzidos por arma de fogo

ou por arma branca, têm grande importancia para o estudo medico legal.

II

Num caso de ferimento por arma de fogo, é quasi sempre do dominio do perito encontrar a lesão produzida pela arma.

III

Está-se logo vendo quanto devem ser perigosos estes ferimentos, que trazem na maioria dos casos a morte, e quanto deve ser agravada a responsabilidade do criminoso.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1908.

O SECRETARIO

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.